



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 131

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SULL'ANALISI
COMPARATIVA DELL'EFFICIENZA, DELLA QUALITÀ
E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE AZIENDE
SANITARIE ITALIANE

137^a seduta: mercoledì 14 dicembre 2011

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Seguito dell'audizione di rappresentanti
dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 8 e <i>passim</i>	<i>MOIRANO</i>	Pag. 4, 12
BIONDELLI (PD)	11, 14	<i>PERUCCI</i>	4, 8, 9 e <i>passim</i>
COSENTINO (PD)	13		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo (ApI-FLI); Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.

Intervengono i seguenti rappresentanti dell'Age.Na.S: il dottor Fulvio Moirano, il professor Carlo Perucci, la dottoressa Marina Davoli e la dottoressa Alice Basiglioni.

I lavori hanno inizio alle ore 13,40.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 6 dicembre 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

Seguito dell'audizione di rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.), nell'ambito dell'inchiesta comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza del Servizio sanitario nazionale.

Saluto e ringrazio per la disponibilità: il dottor Fulvio Moirano, direttore dell'Age.Na.S; il professor Carlo Perucci, responsabile scientifico del Programma Esiti; la dottoressa Alice Basiglioni, collaboratrice di ricerca del professor Perucci; la dottoressa Marina Davoli, direttore del dipartimento di epidemiologia della Regione Lazio.

Ricordo che questa Commissione ha già avuto modo di audire rappresentanti dell'Age.Na.S. nella seduta del 19 aprile 2011, durante la quale vennero approfondite le tematiche del sistema informativo sanitario. Nel corso della seduta odierna il lavoro allora avviato sarà completato, con l'illustrazione dei risultati conseguiti nell'ambito del Programma Esiti. Chi vi parla ha già avuto modo di apprezzare, durante un incontro informale, le risultanze di tale attività scientifica, che ora saranno illustrate al *plenum* della Commissione. Contestualmente, sarebbe auspicabile che i rappresentanti della Age.Na.S. fornissero raggugli circa il livello di implementazione nel nostro Paese della cosiddetta cartella clinica elettronica.

Darei subito la parola agli audendi, che potranno così relazionare sugli aspetti di rispettiva competenza. A seguire i commissari, a partire dai relatori (senatori Cosentino e Rizzi), potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni o, eventualmente, se la presentazione si protraesse (dal momento che il tempo a nostra disposizione è limitato dovendo i no-

stri ospiti recarsi alle ore 14,30 presso la 12^a Commissione), potremo aggiornarci, ove ciò venisse ritenuto necessario dai relatori o dagli altri commissari, ad altra seduta.

Cedo quindi la parola al professor Moirano.

MOIRANO. Signor Presidente, il mio intervento sarà piuttosto breve dal momento che la presentazione tecnica sarà, ritengo, molto assorbente. Vorrei solo riferire che il lavoro del Programma Nazionale Esiti ha avuto la prima applicazione in Age.Na.S. sui dati del 2008 e, successivamente, del 2009. Tale programma è oggi aggiornato al 2010 con la serie storica 2005-2006-2007. È stato quindi un lungo ed importante lavoro di analisi che, per la parte tecnica, abbiamo svolto in collaborazione con il dipartimento del Lazio, e ringrazio per questo la dottoressa Davoli qui presente. Tale lavoro rientra nel contesto di un lavoro più ampio che l'Agenzia sta cercando di svolgere sul tema della valutazione a tutto tondo. Ci stiamo muovendo anche su altri indicatori. Vi sono ancora alcune difficoltà di acquisizione dei dati, ma si tratta di aspetti che stiamo comunque migliorando e cercando di risolvere.

Ritengo altresì interessante sottolineare che ci occupiamo anche di valutazione della *performance* del personale all'interno e all'esterno della cosiddetta riforma Brunetta, introdotta dal decreto legislativo n. 150 del 2009, sulla valutazione del personale, per quanto concerne aspetti contrattuali in qualche modo specifici dei contratti sanitari.

PRESIDENTE. Cedo ora la parola al dottor Perucci, che ci illustrerà gli aspetti tecnici e i dati raccolti nel corso del lavoro svolto.

PERUCCI. La Commissione affari sociali della Camera dei deputati e la Commissione igiene e sanità del Senato hanno già ricevuto nel mese di agosto dello scorso anno una comunicazione del Ministro della salute *pro tempore* che rendeva disponibili alle Commissioni parlamentari i dati del Programma Nazionale Esiti per la prima edizione del 2011, che comprendeva, come ha detto prima il dottor Fulvio Moirano, i dati dal 2005 al 2009. Nel corso di un'audizione avvenuta nel mese di ottobre abbiamo consegnato ai membri della 12^a Commissione del Senato le chiavi di accesso – individuali e monitorizzate – al sito *web* del Programma Nazionale Esiti per l'edizione 2005-2009. Si tratta di dati che sono stati consegnati nel maggio dello scorso anno a tutte le Regioni, durante un incontro diretto del Ministro con gli assessori regionali. Le diverse Regioni hanno già utilizzato e stanno utilizzando queste informazioni con una grande variabilità tra una Regione e l'altra. Teniamo il conteggio degli accessi al sito *web* del Programma Esiti e ad oggi la Regione che ha avuto la maggior quantità di accessi, tutti verificatisi negli ultimi due mesi, è la Regione Sicilia, per la quale si sono registrati qualche giorno fa quasi 500 accessi. Seguono la Toscana, l'Emilia-Romagna, il Veneto, il Piemonte, e, proporzionalmente, Trento, Bolzano e la Liguria. Ci sono altre Regioni che hanno adottato delle strategie informative diverse, non rendendo disponi-

bili questi dati delle loro Aziende, ed altre Regioni che sembrano quasi non interessate a tali informazioni (segnalo in modo particolare le Marche e la Puglia).

Ad oggi, come comunicato al Ministro della salute, c'è la disponibilità dell'analisi 2005-2010. Gli esempi che vi farò vedere derivano appunto da questa analisi. Il sito *web* ha cambiato non solo colore, ma altresì alcuni importanti elementi al suo interno, che abbiamo ritenuto necessario cambiare anche sulla base della lunga esperienza maturata negli incontri con tutte le Regioni. Tali incontri sono stati molto interessanti anche perché in alcune Regioni hanno determinato iniziative di *auditing* piuttosto robuste. Segnalo in particolare le iniziative assunte dalla Regione Toscana e dalla Regione Veneto che in qualche modo più massicciamente hanno utilizzato queste informazioni. Abbiamo ritenuto necessario mettere nella prima pagina del sito *web* la seguente scritta: «Le misure del Programma Esiti sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di *auditing* clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Servizio sanitario nazionale», con l'aggiunta di una specificazione «il Programma Nazionale Esiti non produce classifiche, graduatorie, giudizi e pagelle». Abbiamo inserito questa scritta perché con «spifferate» giornalistiche di vario genere negli scorsi mesi sono comparsi su alcuni quotidiani articoli che interpretavano in modo abbastanza distorto i dati del Programma Esiti, cosa che, a mio avviso, ha molto danneggiato il lavoro che stiamo conducendo, in particolare, con i professionisti, per il miglioramento della qualità delle cure.

Ritengo – e credo che il direttore potrà darmi una risposta in merito al più presto – che il signor Ministro renderà disponibili questi dati, togliendo l'embargo, entro la fine del mese. Le stesse *password* di accesso al sito *web* che avete per il 2009 saranno abilitate anche per l'accesso al sito che vedete oggi. Vorrei quindi spiegare cosa esso contiene per chi non avesse avuto modo di vederlo nell'edizione 2009. Questo sito contiene, assieme a varia documentazione, una lista di 43 indicatori che sono in larga parte derivati dalla letteratura internazionale e, in parte, condizionati dalle nostre disponibilità di informazioni. Mi soffermerò poi sull'ultimo punto relativo ai sistemi informativi del fascicolo sanitario elettronico e ai problemi legati alla legislazione corrente in materia di *privacy* che, probabilmente, è il maggior ostacolo attuale alla valutazione del Servizio sanitario nazionale.

Tali indicatori possono essere scelti, ma prima di andare a vedere alcuni di essi, vorrei sottolineare che i dati possono essere visibili in due modi. Il primo approccio attribuisce gli eventi all'ospedale che ha fatto i trattamenti; nel caso, per esempio, della mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto, il caso è attribuito all'ospedale che ha cominciato a trattare il paziente. Il secondo approccio, relativo all'analisi per area di residenza, attribuisce il caso non all'ospedale in cui è stato eseguito il trattamento, bensì al territorio in cui è residente il cittadino. La prima, per intenderci, utilizzando un linguaggio tecnico, è un'analisi della funzione di produzione, la seconda è un'analisi della funzione di commit-

tenza, che valuta quanto le singole Aziende sanitarie locali sono capaci di procurare ai propri cittadini servizi efficaci.

Per ciascun indicatore è possibile vedere l'elemento – che non era segreto e che credo dovesse essere conosciuto anche in precedenza da tutte le autorità sanitarie – costituito dai volumi di attività. Anche solo guardando tali volumi, c'è motivo per rendersi conto di quale sia la condizione di questa area di assistenza. Si può guardare, ad esempio, il dato relativo agli infarti *overall*, comprendente sia gli infarti STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*) che quelli NSTEMI: (*Non ST Elevation Myocardial Infarction*) e alla distribuzione, per ospedale di accesso, dei volumi di attività di assistenza per l'infarto miocardico acuto. In Italia ci sono circa 610 ospedali che vedono, in un anno, meno di 50 casi di infarto miocardico acuto (all'interno di questo dato vengono computati anche gli eventi occasionali verificatosi durante la degenza): si tratta di un elemento che forse potrebbe essere considerato con attenzione. Ci sono inoltre quasi 100 ospedali che vedono tra i 50 e i 100 casi di infarto all'anno.

Ricordo che, secondo la letteratura, un volume ragionevole per assicurare all'ospedale una capacità minima nel trattamento dell'infarto miocardico acuto deve essere di molto superiore ai 200 casi di infarto all'anno e di sicuro non può essere inferiore alla soglia dei 100 casi annui: questo è un primo elemento da considerare. Guardando i dati contenuti nel sito, si può notare che in questo caso specifico, agli ospedali che garantiscono alti volumi di attività è strettamente associata un'alta qualità delle cure. Gli ospedali ad alto volume, nel nostro Paese, sono veramente pochi rispetto a quanti potrebbero essere. Nel sito Internet potete vedere una tabella in cui sono elencati tutti gli ospedali, con il volume effettivo di ricoveri per infarto miocardico acuto per ciascun ospedale. Non si tratta di dati secretati, sono dati arcinoti, che sarebbero stati leggibili anche attraverso il normale flusso informativo delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), ma che probabilmente non tutti avevano piacere di vedere.

In secondo luogo, è possibile conoscere i dati relativi all'esito dell'infarto miocardico acuto nei vari ospedali italiani e la relativa distribuzione sul territorio. A fronte di una mortalità media italiana di circa il 12 per cento, potete vedere che ci sono ospedali nei quali tale mortalità scende anche molto al di sotto del 5 per cento e altri in cui essa supera ampiamente il 15 o il 20 per cento. Il dato del 12 per cento è in linea con tutti gli studi compiuti nel settore. Nel grafico, consultabile nel sito Internet, si può vedere una linea rossa, che indica, per ciascun ospedale, la stima dei tassi «aggiustati», ovvero depurati dall'eterogeneità del *mix* di comorbilità presente nei diversi ospedali, e delle linee blu, che indicano l'intervallo di confidenza di queste stime. Prima di analizzare i dati dei singoli ospedali, desidero sottolineare che a noi preoccupano molto sia il dato estremo relativo ad alcune strutture nelle quali arrivare con un infarto comporta un rischio di mortalità inaccettabile, sia il dato che indica l'estremo opposto. Ci preoccupano, infatti, anche le strutture che hanno i dati di mortalità più bassi, perché non è legittimamente attendibile, sulla base delle conoscenze scientifiche, che per gli infarti ci sia una mortalità media molto inferiore

al 5 per cento. In letteratura, la mortalità media per gli infarti *overall* si situa intorno al 10 per cento. In questo dato si annida un altro fenomeno, ovvero quello della codifica opportunistica degli infarti miocardici acuti. Si tratta cioè di ricoveri di pazienti che non hanno avuto veramente un infarto, ma che hanno altre patologie: dunque, dei motivi legati ai ricavi o alla giustificazione dell'esistenza della struttura portano a sovracodificare gli infarti. Entrambe le suddette aree sono dunque potenzialmente oggetto di un ragionamento critico.

Il sistema informatico consente sia di scegliere gli ospedali selezionandoli in base all'esito medio dei ricoveri, evidenziando quelli che hanno una mortalità alta o quelli che hanno una mortalità bassa, sia di raggruppare gli ospedali per volume di attività. È infatti possibile selezionare gli ospedali che hanno un certo volume di attività e una certa mortalità. Potremmo, per dire, scegliere gli ospedali con un volume di attività alto (in cui, ad esempio, ci sono 150 ricoveri per infarto all'anno) e una media di esiti mortali inferiore al 10 per cento. In tal modo è possibile andare a cercare i *best performer*. Nel sito è infatti possibile fare il confronto con il dato medio italiano: andando a cliccare su un'apposita icona si può vedere il tasso di mortalità «grezzo» in Italia, che è uguale a quello aggiustato, perché tale aggiustamento viene fatto considerando l'intera popolazione italiana. In tal caso è possibile vedere un fenomeno, che si nota però molto poco dall'istogramma che lo descrive: dal 2005 ad oggi, la mortalità dopo il ricovero per infarto miocardico acuto è sostanzialmente diminuita. Bisogna fare attenzione al fatto che, in parte, tale mortalità è incomprimibile e dunque non avremo mai una mortalità post-infarto «*near to zero*». Tale mortalità, tuttavia, è scesa e da un dato pari quasi al 12 per cento si avvicina ora al 10 per cento. Questo effetto, pur essendo di grande portata, è molto inferiore rispetto a quello che ci saremmo aspettati in seguito all'introduzione delle nuove tecnologie e in particolare dell'angioplastica percutanea primaria negli infarti STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*). Ciò deriva dal fatto – che forse potremmo discutere in altra sede – che in linea di massima i medici tendono ad avere, nel trattamento dell'infarto, un atteggiamento difensivo, ovvero tendono a non fare l'angioplastica proprio negli infarti più gravi, che sono invece quelli che maggiormente beneficerebbero di tale trattamento. Prendiamo ad esempio l'ospedale Umberto I di Torino (ricordo che il sistema consente di andare a vedere il protocollo con cui è stato disegnato ciascun indicatore: non si devono leggere questi dati, se non dopo aver letto tale protocollo). Per quel che riguarda tale ospedale, il sito dice che si sono verificati, nei primi 11 mesi del 2010, 240 episodi di infarto miocardico acuto. Si tratta dunque del numero di individui che si ricoverano, per la prima volta nell'anno, per tale diagnosi. In tale dato vengono aggregati anche i ricoveri multipli riferiti ad uno stesso individuo: si parla infatti degli episodi di infarto. Vengono poi indicate la mortalità «grezza», ovvero osservata, che è pari al 3,75 per cento e la mortalità «standardizzata», che in questo caso risponde alla medesima percentuale della mortalità «grezza». Ciò significa che, in questo caso, il *mix* di gravità è uguale a quello dell'intera popola-

zione infartuata italiana. Il sito consente inoltre un confronto con la media nazionale. In questo caso si ha un dato pari a 0,34: ciò significa che la mortalità è circa un terzo della media nazionale. Viene inoltre indicato il livello di significatività statistica del confronto, ovvero quanta probabilità c'è di sbagliare, per effetto del caso, dichiarando che questo ospedale è diverso dalla media nazionale. Viene inoltre indicato il *trend* di ciascun ospedale nel corso del tempo: nel caso preso in esame possiamo vedere che l'ospedale ha da sempre una mortalità relativamente bassa e che negli ultimi anni si è verificato un ulteriore decremento della mortalità.

In altri casi l'aggiustamento per la gravità ha effetti sostanziosi. Si prenda ad esempio l'ospedale di Chivasso, che ha una mortalità «grezza» pari all'8,38 per cento e una mortalità aggiustata pari al 6,8 per cento. Aggiustando il dato in base alla gravità, la mortalità si abbassa dunque del 2 per cento. Ciò significa che quell'ospedale ha un *mix* di gravità più alto della media nazionale e dunque, tenendo conto di questo fatto, il dato relativo alla mortalità viene aggiustato.

Oltre agli ospedali con la *performance* migliore, è possibile andare a vedere la lista degli ospedali con la *performance* peggiore, magari scegliendo gli ospedali più grandi, con almeno 100 episodi all'anno, che hanno una mortalità superiore al 15 per cento. Facendo questa operazione, possiamo avere qualche sorpresa. Si tratta di ospedali non a piccolo, ma ad alto volume, che registrano una mortalità molto alta. In questi casi potete vedere che l'aggiustamento dà certi risultati e noterete altresì che ci sono ospedali di tutte le Regioni, anche ospedali di grosso calibro. Ad esempio, l'ospedale civile di Verona, dove siamo andati a fare una presentazione, con 315 nuovi infarti in 11 mesi, ha una mortalità vicina al 17 per cento. Troviamo anche strutture molto prestigiose, come il San Martino che, pur avendo un abbattimento con la standardizzazione che passa dal 20 al 16, con un *mix* alto e non basso, ha comunque una mortalità che, essendo il 51 per cento più alta della media nazionale, è abbastanza alta.

Il sistema consente, a differenza dell'anno scorso, di fare anche *benchmarking*. Se voi andate a flaggare il San Martino e premete il pulsante che dà il confronto con il *benchmark* – invece di eseguire confronti con la media, che non è necessariamente ciò a cui tutti vogliamo arrivare – vedrete che San Martino non ha il 50 per cento in più della media nazionale, ma tre volte la mortalità del *benchmark*. Ricordo che il *benchmark* è sostanzialmente un aggregato di ospedali a bassa mortalità per infarto miocardico acuto, pur con tutte le cautele che ho detto prima.

PRESIDENTE. Potremmo vedere l'Ospedale civile di Venezia?

PERUCCI. L'Ospedale civile di Venezia ha una mortalità aggiustata del 17 per cento, sempre con un *mix* più alto della media, con un volume abbastanza piccolo perché lavora con 132 casi; un eccesso rispetto alla media nazionale del 58 per cento, che è statisticamente significativo, e

un andamento temporale che era in decremento fino al 2009, con un picco di risalita.

PRESIDENTE. Rispetto al *benchmark* nazionale?

PERUCCI. Rispetto al *benchmark* nazionale ha quasi quattro volte la mortalità del *benchmark*.

Volevo però far vedere che ci sono esempi anche abbastanza rilevanti tra cui il Policlinico Umberto I – che vi segnalo – con 253 nuovi infarti all'anno, che ha un *mix* più basso della media nazionale, perché, dopo l'aggiustamento, il suo 16 diventa 22. Significa che vede infarti che sono in media meno gravi degli infarti nazionali, con un doppio di mortalità rispetto alla media. Il professor Frati è intervenuto sulla questione; potete vedere che non ce l'aveva l'anno scorso, ma lo ha sempre avuto negli anni passati.

PRESIDENTE. Possiamo vedere quanto è più alta la mortalità rispetto al *benchmark* nazionale per un paziente che arriva con un infarto al Policlinico Umberto I di Roma?

PERUCCI. È cinque volte più alta.

PRESIDENTE. Quindi, rispetto al *benchmark* nazionale, un paziente che si reca al centro di Roma con un infarto corre in media cinque volte di più il rischio di morire rispetto ad uno che si ricovera in un altro ospedale italiano.

PERUCCI. Questo vale anche per altre situazioni. Ad esempio, l'Ospedale di Tivoli ha una mortalità del 28,3 per cento. La Regione Lazio ha un sito esiti più sofisticato del sito nazionale perché ha dati migliori, disponendo anche dei dati di pronto soccorso che non sono invece ancora disponibili a livello nazionale, consentendo altresì di attribuire veramente il caso all'ospedale in cui effettivamente il paziente è arrivato.

Abbiamo anche ospedali di dimensioni cospicue, ivi compreso il San Carlo o il Policlinico ospedaliero di Messina che naviga con una mortalità del 19,6, pari al 74 per cento in più della media nazionale e con un andamento che è sempre stato siffatto.

PRESIDENTE. Ci fa vedere il *benchmarking* di Messina?

PERUCCI. Vuole vedere l'azienda ospedaliera o il policlinico universitario?

PRESIDENTE. L'università, che è sempre più interessante.

PERUCCI. La mortalità è pari a 4,24 volte il *benchmark*. Anche se non volete fare il *benchmark*, perché la criticità contiene qualche ospedale

con una mortalità troppo bassa, solamente attraverso il confronto con la media nazionale, il policlinico universitario di Messina ha il 74 per cento in più rispetto alla media nazionale, volendo fare un confronto di carattere conservativo. Questi dati possono suscitare minore emozione, ma a mio avviso hanno un impatto sulla popolazione più rilevante quando da indicatori che valutano la mortalità valutano degli esiti che sono processi e che sono con maggior sicurezza *detectable*.

Voglio farvi vedere i dati relativi all'intervento sulla frattura del femore entro 48 ore. Un anziano – oltre i 60-65 anni – con la frattura del femore, se non viene curato tempestivamente e, soprattutto, se non viene fatto un intervento chirurgico tempestivo, ha la vita rovinata e una più alta mortalità rispetto alle persone che sono operate normalmente. Si tratta di un intervento assolutamente salvavita, che – tenete conto – in Italia riguarda una proporzione di popolazione particolarmente alta e crescente in questa fascia d'età. L'Inghilterra al riguardo ha un programma di miglioramento di qualità specifico: per dirla in modo empirico, in quel Paese a 48 ore dalla frattura è operato circa il 78 per cento degli ultrasessantacinquenni.

La situazione italiana è invece la seguente: nei nostri ospedali un anziano che arriva con la frattura del femore ha una probabilità di essere operato entro 48 ore di circa il 31 per cento. Se vogliamo fare un confronto con l'Inghilterra, il cui sistema sanitario è quasi come il nostro, il confronto è di 31 verso 78. La media è di per sé abbastanza impressionante, ma quello che preoccupa è che il dato è ancor più grave dell'indicatore che ho mostrato prima relativo all'infarto miocardico acuto; infatti la quantità di vita aggiustata per qualità che può essere guadagnata da questo semplice intervento chirurgico è enorme rispetto a ciò che può essere guadagnato attraverso il trattamento dell'infarto miocardico acuto che presenta una proporzione di mortalità comunque incompressibile.

Ci sono ospedali in Italia in cui uno riceve un trattamento che è al livello degli *standard* nordeuropei; ospedali cioè in cui un anziano arriva con una rottura del femore e viene trattato chirurgicamente entro 48 ore in proporzioni anche superiori all'80 per cento. Ci sono invece ospedali in Italia nei quali questa proporzione è drammaticamente bassa, inferiore addirittura al 10 per cento. Vi mostro quelli che hanno una proporzione alta, facciamo conto sopra il 75 per cento, anzi, per essere precisi quelli che sono migliori dell'Inghilterra: potete vedere che non sono pochi ospedali e sono distribuiti in quasi tutte le Regioni (Lombardia, Bolzano, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna). C'è, ad esempio, il caso della Toscana che negli anni scorsi ha investito moltissimo sul miglioramento di qualità di questa specifica procedura. Arriviamo poi ad avere ospedali della Campania e della Sardegna, ma sicuramente nessuno della Sicilia, del Lazio o della Calabria. Vorrei rilevare, Presidente, che non si tratta di ospedali di eccellenza, ma di strutture normali, che fanno semplicemente quello che dovrebbe essere fatto in qualunque normale ospedale italiano. Ribadisco quindi che non si tratta di eccellenze perché l'indicazione delle linee guida nazionali e internazionali per la rottura del femore è quella di operare

sempre. C'è una proporzione del 3-5 per cento per cento di fratture del femore che non sono operabili e che, peraltro, qui non valutiamo perché abbiamo escluso tutti i dati relativi a pazienti che arrivano in ospedale con fratture del femore, ma muoiono entro 48 ore.

BIONDELLI (PD). Non c'è nemmeno un ospedale del Piemonte?

PERUCCI. No.

BIONDELLI (PD). Infatti, nei nostri ospedali impieghiamo più o meno sette giorni per operare una frattura del femore.

PERUCCI. Esatto; se volete posso mostrare la mediana anche per il Piemonte.

Possiamo poi andare a vedere l'elenco degli ospedali peggiori – potremmo anche chiamarli «l'estremo peggio» – che hanno una frequenza inferiore al 10 per cento (consideriamo che un dato del 10 per cento mi sembra già abbastanza vergognoso). Questo elenco è «infinito» e comprende anche prestigiose strutture del Nord Italia, come il Niguarda di Milano: gli anziani che arrivano al Niguarda vengono operati al femore, nell'arco di 48 ore, solo nel 7,7 per cento dei casi; andando a guardare l'andamento temporale di questo dato, vediamo che è sempre stato così e che la situazione sta addirittura peggiorando.

Altrettanto si può dire per il prestigioso Policlinico universitario di Verona, in cui un anziano ha una probabilità pari al 5 per cento circa di essere operato entro 48 ore: anche in questo caso è sempre stato così. L'ospedale «Ca' Foncello» di Treviso, che ha una straordinaria cardiocirurgia e può vantare delle *performance* eccezionali in altri settori, sebbene abbia fatto registrare qualche tentativo di resurrezione negli ultimi due anni, si trova comunque a livelli particolarmente bassi per quel che riguarda i dati relativi al femore. Ci sono dunque sei eccezioni al Nord.

PRESIDENTE. Quando parlate di *benchmark* nazionale, vi riferite alla media delle eccellenze o alla media dei dati di tutto il Paese? Lo chiedo per capire qual è il denominatore che viene considerato.

PERUCCI. Il *benchmark* lo costruiamo in modo quasi automatico, aggregando per ciascun indicatore una quantità di ospedali che hanno un tasso sufficientemente basso da garantire un confronto statisticamente significativo, per differenze che vanno da un minimo del 20 per cento a un massimo del 50 per cento. Il *benchmark* non è calcolato andando a scegliere gli ospedali, ma lasciando che la procedura scelga gli ospedali da aggregare, a cui non diamo un nome, per avere un volume di attività sufficiente a offrire una stima stabile dei valori, più bassi o più alti, dell'indicatore.

Vi vorrei segnalare inoltre che, per quel che riguarda il femore, a parte le sei eccezioni presenti al Nord, le situazioni disastrose riguardano

il territorio che va dal Lazio in giù. Invito la Commissione a guardare il grande numero di ospedali del Lazio, che si situano al di sotto dei volumi minimi. Oltre agli ospedali del Lazio, si trovano nella stessa situazione numerosi ospedali di Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia: in particolare, l'elenco comprende quasi tutti gli ospedali siciliani.

Questi sono gli esempi che avevo intenzione di presentare alla Commissione, ma se il Presidente lo desidera possiamo farne altri: in particolare so che la Commissione si è occupata molto dei parti cesarei.

MOIRANO. La sua domanda, signor Presidente, si lega ad una discussione che è stata fatta negli scorsi anni. L'anno passato, ad esempio, abbiamo preferito fare il confronto con la media nazionale, perché ciò appariva più tranquillizzante, anche se già sufficientemente allarmistico. Ricordo che avevo convinto con qualche fatica il dottor Perucci ad adottare tale sistema. Il *benchmark* utilizzato quest'anno consente un confronto, automaticamente certo, con gli istituti che hanno volumi sufficienti, ma che sono sostanzialmente i migliori. Quindi tale confronto è diventato più aggressivo e lo avete potuto verificare dai dati che vi sono appena stati illustrati. Per quel che riguarda, ad esempio, la frattura del femore, a parte alcune situazioni anomale al Nord, il lungo elenco che vi ha fatto vedere il professor Perucci riguarda soprattutto le Regioni che vanno dal Lazio in giù, fino alla Sicilia e alla Sardegna.

PERUCCI. Per quel che riguarda il parto cesareo, vi invito a non considerare, in linea di massima, le statistiche che presentano la proporzione di parti cesarei *overall*, perché la proporzione di parti cesarei in donne che hanno già avuto un precedente cesareo in Italia è sostanzialmente invariante: sono pochi gli ospedali che hanno programmi di induzione del travaglio in donne che hanno avuto un precedente cesareo, anche se il numero si sta espandendo. Quindi consideriamo la statistica dei parti cesarei solo nelle donne che non hanno avuto un precedente parto cesareo, ovvero il tasso dei parti cesarei primari. In Italia questo tasso si è ormai stabilizzato intorno al 30 per cento, anche se dai dati contenuti nel sito Internet potete vedere che, anche in questo caso, c'è un'eterogeneità spaventosa: ci sono strutture che viaggiano intorno a tassi di parto cesareo olandesi, ovvero inferiori al 10 per cento, e strutture che viaggiano ampiamente sopra ad una quota del 60 o del 70 per cento. C'è, ad esempio, una struttura piemontese in cui i cesarei si attestano intorno al 98 per cento: in tale struttura sembrerebbe quasi proibito usare altre tecniche.

Nel sito si può, ad esempio, vedere la lista degli ospedali migliori e ciò consente di notare un fenomeno abbastanza interessante, nel quadro complessivo del Paese. Anche se lentamente, il tasso di parti cesarei primari sta infatti scendendo, mentre quello dei cesarei *overall* è stabile. Qualche sforzo nella riduzione del fenomeno comincia dunque a verificarsi, visto che il tasso è sceso sotto il 30 per cento. In modo particolare al Nord, ma non soltanto, cominciano inoltre a comparire dei soggetti erogatori di natura privata, che si orientano ad offrire un servizio di qualità,

con un basso volume di parti cesarei. Ad esempio, nella casa di cura di una fondazione di Monza vengono effettuati quasi 3.000 parti all'anno, con una proporzione aggiustata» di parti cesarei pari al 7,7 per cento. Si tratta di una struttura privata entrata sul mercato proponendosi come una struttura che fa pochi cesarei. Anche alcune strutture del Sud presentano un basso volume di cesarei: ad esempio, nella disastrosa Campania, in cui c'è una proporzione regionale di parti cesarei altissima, ci sono almeno tre strutture – nell'Azienda ospedaliera di Avellino, nel presidio di Vico equense e soprattutto nella struttura, che ben conoscete, di Castellammare di Stabia – che hanno un tasso di parti cesarei ampiamente inferiore al 10 per cento. Anche in situazioni contestuali sfavorevoli, dunque, volendo si può arrivare a percentuali di questo tipo.

Andando a vedere non le strutture, ma le aree territoriali, vorrei illustrare alla Commissione la situazione riguardante il parto cesareo, in termini di rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e del diritto alla salute delle cittadine italiane nelle varie zone del Paese. In questo caso vi invito a guardare non più ai singoli ospedali, ma alle aree di residenza, per vedere quale servizio viene offerto alla popolazione in materia di parto cesareo. Prendendo come punto di riferimento la fatidica quota del 20 per cento, indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), vediamo che ci sono molte ASL in Italia in cui la percentuale dei cesarei è inferiore a tale soglia. Ad esempio, in una larga parte del Piemonte, in una grande parte della Lombardia, in una grande parte del Veneto (ad esempio a Feltre, a Vicenza, a Pieve di Soligo, a Treviso, a Venezia) ci sono tassi di parti cesarei inferiori al 20 per cento: dunque ci sono dei luoghi, in Italia, che sono «Europa normale». Ciò può accadere anche in Campania: ad esempio, le donne residenti ad Avellino hanno lo stesso livello di garanzie offerto alle donne dalla ASL di Venezia. Viceversa, vedendo l'elenco delle zone in cui i tassi di parti cesarei sono superiori al 40 per cento, si nota che la distribuzione territoriale cambia, con un'unica eccezione al Nord, rappresentata da Genova, dove si registra un tasso di parti cesarei che ammonta al 43 per cento, che ritroviamo anche a Reggio Calabria. Potete vedere che per le residenti di Rieti e Frosinone nel Lazio, di Caserta, Napoli Nord, Salerno, Brindisi, Taranto e di Messina, Palermo, Siracusa e Trapani, in popolazione e non per ospedale, ci sono tassi di cesarei ben superiori. Come dire che il nostro Servizio sanitario nazionale in alcune parti garantisce livelli di assistenza a *standard* non eccellenti ma normali ed in altre parti garantisce servizi a livelli francamente inaccettabili.

Sono a disposizione per eventuali domande.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, ritengo molto interessanti i dati che ci sono stati forniti e credo che occorrerà riflettere meglio su di essi per comprendere come proseguire questo lavoro.

Vorrei chiedere al dottor Moirano come si sviluppa questa attività d'indagine di Age.Na.S. Nell'ultima audizione eravamo infatti rimasti ai vari problemi da superare – tra i quali il rapporto con le Regioni e l'acquisizione dei dati – ma avevo anche segnalato la necessità di consentire

ad Age.Na.S. di utilizzare gli archivi informativi non soltanto delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), ma anche della specialistica e della farmaceutica e di tutto il resto che è possibile acquisire, al fine di poter avere procedure uguali o simili per fare una valutazione non dei singoli episodi, come ad esempio la frattura del femore, ma dei percorsi di cura, come nel caso degli interventi per il diabete. Uno degli ostacoli segnalati riguardava il fatto che c'è una resistenza, ovviamente motivata, dell'Autorità garante della *privacy*. Ricordo tuttavia che uno dei decreti legislativi applicativi della legge delega n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale prevede già oggi che il Ministero della salute proceda all'«anonimizzazione» dei codici fiscali per consentire l'utilizzo, con la garanzia della *privacy*, dei dati che possono scaturire dai vari archivi informativi acquisiti dalle Regioni.

Vorrei quindi sapere se l'Age.Na.S. è stata investita da queste procedure per quel che riguarda la necessità di creare i necessari algoritmi e la possibilità di poter obbedire alla disposizione di legge o se, invece, siamo ancora fermi alla mera pubblicazione di questa norma sulla *Gazzetta Ufficiale*. In questo caso, Presidente, sarebbe forse utile valutare con il Ministro se la normativa in vigore sia sufficiente o se non vi siano problemi tecnici rispetto a quella normativa che richiedono un intervento del Governo. È un fatto che se noi, oltre a conoscere i dati impressionanti che abbiamo sul sistema ospedaliero, potessimo valutare anche la qualità dei percorsi di cura nelle ASL e nel territorio per tutti i cittadini, avremmo fatto un enorme passo avanti per monitorare il sistema sanitario italiano.

Non vedo perciò la ragione per non affrontare il prima possibile con il nuovo Governo questo tema.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Cosentino per il suo intervento; mi sembra un suggerimento molto importante e certamente da cogliere. Sono assolutamente favorevole a proporre e deliberare in uno dei prossimi Uffici di Presidenza un'audizione del Ministro della salute per studiare come questi dati possano essere analizzati in maniera comparata per poter arrivare a quel risultato che la Commissione d'inchiesta, sotto la guida dei senatori Cosentino e Rizzi, si sta proponendo, volto a studiare in maniera analitica i percorsi di cura nel nostro Paese al fine di migliorarli.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, condivido l'appunto del senatore Cosentino e ringrazio i nostri ospiti per i dati che ci hanno riferito.

Per quanto riguarda la giusta battaglia condotta sia in questa Commissione che in 12ª Commissione sul parto cesareo, la richiesta non proveniva solamente da un gruppo di senatrici più o meno attente, ma ve ne era davvero bisogno. Ricordo infatti che in Calabria abbiamo il 54 per cento di parti cesarei e in Abruzzo il 45 per cento; si tratta di dati impressionanti e preoccupanti. Mi riferisco inoltre anche al Piemonte, proprio perché la Lega Nord e coloro che guidano la Regione stanno programmando un piano regionale sulla sanità. Si parla tanto di piano di rientro e di *turnover*; vorrei suggerire all'assessore Monferrino di monitorare la

questione della frattura del femore, prestandovi maggiore attenzione magari in un piano regionale. Ho visto infatti che negli ospedali del Nord e in quasi tutti gli ospedali del Piemonte, parlo anche dell'Ospedale maggiore di Novara e della ASL 13 – ricordo che avete citato Borgomanero – c'è un'attesa di sei o sette giorni per una frattura del collo del femore.

Cercando di fare chiarezza, vorrei che nei piani di rientro si tenesse conto non soltanto dei pareggi di bilancio e di un sistema ragionieristico, ma si migliorasse veramente la qualità dei nostri ospedali. Non è possibile che in un ospedale ancora si debbano attendere sei o sette giorni per una frattura del femore.

PRESIDENTE. Ringrazio la senatore Biondelli. Se non vi sono altre domande, credo che sia opportuno interrompere qui la seduta essendo i membri responsabili dell'Age.Na.S. convocati in 12ª Commissione.

Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai lavori della Commissione. Credo che avremo necessità di convocarvi nuovamente, probabilmente alla presenza del Ministro della salute. Oggi stesso vi scriveremo in modo da poter acquisire ufficialmente, come Commissione d'inchiesta, i dati che ci avete così gentilmente illustrato nel corso della seduta odierna, affinché possano diventare parte consistente del lavoro dei senatori Cosentino e Rizzi e, poi, dell'approfondimento di tutta la Commissione.

I lavori terminano alle ore 14,30.

